Tradierens" (auch etwa in der Theologie) bezeichnet worden ist. Die „Mneme der Individualpsychologie geht offenbar in das Feld der Historie über" (AVENARIUS). Man wird versuchen müssen, diese Mängel durch subtile Exploration, Technik und das Studium der einschlägigen Fachliteratur und der oft außerordentlich eindrucksvollen erlebnisnahen Tatsachenberichte, die in ausreichender Dichte zur Verfügung stehen, zu kompensieren und dann zur angemessenen gutachtlichen Beurteilung zu gelangen [1, 2, 7, 12, 17, 43, 45, 48].

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:
Univ. Prof. Dr. G. *Möllhoff*
Institut f. Rechtsmedizin
Ruprecht-Karls-Universität
D-69115 Heidelberg

Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU Berlin, Platanenallee 19, 14050 Berlin (1), Psychiatrische Klinik und Poliklinik der FU Berlin, Eschenallee 3, 14050 Berlin (2)

Leitlinien für die Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft

Von *S. Priebe (1), M. Bauer (2)*

Zusammenfassung

Die Erkenntnis, daß politische Inhaftierung und Folter zu schweren und lang anhaltenden psychischen Störungen führen kann, wurde erstmals aus systematischen Untersuchungen an Überlebenden der nationalsozialistischen Konzentrationslager gewonnen. Einzelfalldarstellungen und explorative Studien zeigen, daß anhaltende psychische Störungen auch bei Personen auftreten, die aus politischen Gründen in der DDR inhaftiert waren. Der Gesetzgeber in Deutschland hat 1992 mit dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) ehemals politisch Inhaftierten aus der DDR Ansprüche auf Versorgungsleistungen zuerkannt, wenn sie unter fortlaufenden Gesundheitsschäden infolge der Haft leiden. Dieser Beitrag soll ausgehend von den Erfahrungen mit ehemaligen politischen Häftlingen aus der DDR Leitlinien für die Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft geben.

Einführung

Die Feststellungen, zu denen medizinische Gutachter bei der Beurteilung psychischer Störungen kommen, sollten – trivialerweise – begründbar sein und nicht nur auf persönlicher Intuition, puren Behauptungen oder impressionistischen Erfahrungen beruhen. Die Begründungen wiederum sollten soweit wie möglich überprüfbar und nachvollziehbar sein und sich auf den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft beziehen. Hinsichtlich psychischer Störungen nach traumatischen Erfahrungen allgemein und nach politischer Haft insbesondere hat eine theoretische und vor allem eine empirische wissenschaftliche Forschung in den letzten Jahrzehnten Grundlagen erarbeitet, die für eine adäquate Begutachtung genutzt werden können und hierbei berücksichtigt werden sollten. Allerdings ist die diesbezügliche internationale Forschung in Deutschland recht wenig bekannt, und ihre Ergebnisse gehören – zumindest noch – nicht zum selbstverständlichen Wissensstand psychiatrischer Fachärzte in Deutschland.

Begutachtung psychischer Folgeerkrankungen bei ehemaligen KZ-Häftlingen

Die ersten systematischen Untersuchungen über psychische Störungen nach schweren und anhaltenden Belastungssituationen durch politische Verfolgung und Haft wurden nach dem Zweiten Weltkrieg durchgeführt (Übersichten: EITINGER, 1980; ANDREASEN, 1988). Anlaß für diese Forschungstätigkeit war, daß viele der Überlebenden des Holocaust unter fortdauernden oder wiederkehrenden ausgeprägten psychischen Störungen litten. Wie inzwischen hinreichend belegt ist, handelt es sich beim Holocaust um Erlebnisse, die zu bleibenden und das ganze weitere Leben beeinträchtigenden psychischen Veränderungen geführt haben (von BAEYER et al., 1964; MATUSSEK, 1971; PETERS, 1989). Ein wesentlicher Ausgangspunkt für die Untersuchung der Folgeschäden nach KZ-Haft war die Aufgabe psychiatrischer Gutachter, Entschädigungsansprüche der Betroffenen zu beurteilen. Anfänglich gestaltete sich diese Begutachtung in Deutschland jedoch schwierig, da verbindliche Maßstäbe hierfür fehlten. Nur langsam rückte man von dem vorherrschenden somatischen Konzept der Folgeerscheinungen nach KZ-Haft ab. Zunächst weit verbreitet war die Annahme, daß sich die schwersten Auswirkungen der Haft überwiegend in körperlichen Krankheiten wie z. B. Lungentuberkulose und Magengeschwüren äußerten. Anfangs zeigte sich bei den Begutachtungen häufig eine Diskrepanz zwischen den Sichtweisen der Betroffenen und der Meinung der Gutachter. Während die Antragsteller die Belastungen während der Lagerhaft

als Ursache ihrer psychischen Beschwerden ansahen, verneinten die begutachtenden Psychiater in – aus heutiger Sicht – kritikwürdiger Weise einen solchen Zusammenhang und betrachteten andere Faktoren als entscheidend für die anhaltenden Symptome, wie z. B. bereits vor der Haft bestehende neurotische Fehlhaltungen. Erst als die ersten wissenschaftlichen Untersuchungen veröffentlicht wurden, änderte sich die Begutachtungspraxis (PETERS, 1989). Weiter anzumerken ist, daß es anfänglich eine erhebliche Diskrepanz zwischen Deutschland und anderen europäischen Ländern in der Begutachtung gab. Verschiedene Autoren bemerkten, daß andere europäische Gutachter, z. B. aus Norwegen oder den Niederlanden, weniger Probleme als die deutschen Kollegen damit hatten, die KZ-Haft als ätiologischen Faktor für psychische Störungen anzusehen (EITINGER, 1980). In Norwegen kam es gar zu einer Umkehr der Beweislast dahingehend, daß der Gutachter nachweisen mußte, daß eine vorgebrachte Störung eines ehemaligen KZ-Insassen definitiv nicht von der Haft herrührte (EITINGER, 1980; PETERS, 1989). Die historischen, gesellschaftlichen und psychologischen Ursachen für diese inadäquaten Begutachtungen mögen vielfältig und z.T. auch noch ungeklärt sein, festzuhalten aber ist, daß die deutsche Begutachtungspraxis hinsichtlich psychiatrischer Störungen bei Holocaust-Überlebenden erst sehr spät begann, dem Stand des medizinischen Wissens zu entsprechen.

Aktuelle diagnostische Konzepte posttraumatischer Störungen in DSM-IV und ICD-10

Unter dem Eindruck gehäufter psychischer Störungen bei ehemaligen amerikanischen Vietnamsoldaten wurde 1980 die *„Posttraumatische Belastungsstörung" (PTSD)* als eigene diagnostische Kategorie im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen. Die Einführung dieser Diagnose führte zu einer Stimulation einer weltweiten Forschung im Bereich posttraumatischer Störungen. Mindestens 80% der internationalen empirischen Forschungsergebnisse zu diesem Thema sind seither entstanden. Zwar sind die Erkenntnisse über die genauen Prozesse, die zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störungen führen, und insbesondere über die Möglichkeiten einer gezielten und erfolgreichen Therapie immer noch sehr unbefriedigend, aber immerhin noch deutlich besser als vor Beginn dieser Forschungsrichtung. Die Diagnose PTSD ist im DSM-III, in der neueren Version DSM-IV und auch im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO, ICD-10 (1991), durch genau formulierte Kriterien definiert (siehe *Tab. 1*

Tab. 1

Diagnostische Kategorien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) im DSM-IV (verkürzt)
A. *Die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das die beiden folgenden Kriterien erfüllt:* (1) Die Person war selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das anderer Personen bedroht war oder eine ernste Verletzung zur Folge hatte oder eine Bedrohung für die eigene physische Unversehrtheit oder für die anderer Personen darstellte; (2) die Reaktion des Betroffenen beinhaltete Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
B. *Ständiges Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses auf mindestens einer der folgenden Arten:* (1) wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis; (2) wiederholte, stark belastende Träume von dem Erlebnis; (3) plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre, z. B. das Ereignis wieder zu durchleben; (4) intensives psychisches Leid bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähneln; (5) physiologische Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Reizen, die einem Bestandteil des traumatischen Ereignisses ähneln oder es symbolisieren.
C. *Anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität (war vor dem Trauma nicht vorhanden), was sich in mindestens drei der folgenden Merkmale ausdrückt:* (1) Anstrengungen, Gedanken oder Gefühle, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, zu vermeiden; (2) Anstrengungen, Aktivitäten, Orte oder Personen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, zu meiden; (3) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Bestandteil des Traumas zu erinnern; (4) auffallend vermindertes Interesse an bedeutenden Aktivitäten; (5) Gefühl der Isolierung oder Entfremdumg von anderen; (6) eingeschränkter Affekt, z. B. keine zärtlichen Gefühle mehr zu empfinden; (7) Gefühl einer überschatteten Zukunft, z. B. erwartet nicht, Karriere zu machen, zu heiraten, Kinder zu bekommen oder eine normale Lebenserwartung zu haben.
D. *Anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus (waren vor dem Trauma nicht vorhanden), durch mindestens zwei der folgenden Merkmale gekennzeichnet:* (1) Ein- oder Durchschlafstörungen; (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche (3) Konzentrationsschwierigkeiten; (4) Hypervigilanz; (5) übertriebene Schreckreaktionen.
E. *Die Dauer der Störung (Symptome aus den Kategorien B, C und D) beträgt mindestens einen Monat.*
F. *Die Störung verursacht ein klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung des sozialen oder beruflichen Funktionsniveaus* **Spezifizierung:** **akuter Typus:** Dauer der Symptome weniger als drei Monate; **chronischer Typus:** Dauer der Symptome mehr als drei Monate; **Typus mit verzögertem Beginn:** die Symptomatik beginnt mindestens sechs Monate nach dem Trauma.

und 2). Diese eingeschränkte Definition soll eine operationalisierte und weitgehend objektive Diagnose ermöglichen. Ein solcher Ansatz der Diagnose ist zurecht häufig kritisiert worden, hat aber gerade im Bereich der posttraumatischen Störungen einen erheblichen Vorteil mit sich gebracht: Während nämlich in den Jahren zuvor der Begriff des „survivor syndrome“ allmählich so ungenau und verwässert wurde, daß er für eine exakte Beschreibung und Forschung nicht mehr brauchbar war, ist eine ähnliche Entwicklung hinsichtlich von PTSD durch die Kriteriendefinition vermieden worden. Charakteristische Merkmale dieser den Angststörungen zugeordneten Erkrankung PTSD sind das ungewollte Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Träumen und Gedanken, die Vermeidung von Situationen, die an das Ereignis erinnern, eine Einschränkung der emotionalen Reagibilität und anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus wie Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Schreckreaktionen (*Tab. 1*). Solche Störungen wurden beschrieben nach traumatischen Einzelereignissen – zum Beispiel bei Unfallopfern – und nach anhaltenden Belastungssituationen wie bei ehemaligen Frontsoldaten oder Kriegsgefangenen sowie bei Überlebenden südostasiatischer Konzentrationslager und bei Folteropfern (MOLLICA et al., 1987; ANDREASEN, 1988; DRESSING und BERGER, 1991). Eindeutig dazu gehören auch Opfer politischer Haft, wobei die genauen Bedingungen der Haft, das Ausmaß der jeweiligen Bedrohung und die belastenden Momente sehr variieren können (BAUER et al., 1993; PRIEBE et al., 1993). In systematischen Untersuchungen wurde zudem festgestellt, daß *PTSD nicht die einzige Folgestörung politischer Haft* darstellt, sondern daß es insbesondere auch zu anhaltenden *depressiven, somatoformen oder anderen Angsterkrankungen* kommen kann (MOLLICA et al., 1987). Zudem kann sich langfristig eine *andauernde Persönlichkeitsänderung* entwickeln, die durch Mißtrauen, Rückzug, Hoffnungslosigkeit, ständige Nervosität und Entfremdung gekennzeichnet ist, und die in das Klassifikationssystem ICD-10 als eigene Kategorie aufgenommen wurde (siehe *Tabelle 2*). Unabhängig von der diagnostischen Einordnung der jeweiligen Störung kommt es bei vielen Betroffenen zu einer Chronifizierung der Symptomatik und zu einer erheblichen und dauerhaften seelischen und sozialen Beeinträchtigung.

Psychische Störungen nach politischer Haft in der DDR

Natürlich können in diesem kurzen Beitrag nicht die Befunde der internationalen Forschung zu psychischen Störungen nach traumatischem Erleben und speziell nach politischer Haft umfassend dargestellt werden. Es sei aber darauf verwiesen, daß auch bezüglich andauernder psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR bereits Fallberichte (PETERS, 1991) und eine empirische Studie publiziert sind (BAUER et al., 1993; PRIEBE et al., 1993). In der Abteilung für Sozialpsychiatrie an der Freien Universität Berlin untersuchten wir zahlreiche Menschen, die mindestens sechs Wochen lang in der DDR aus politischen Gründen inhaftiert waren. Bei 55 Personen fanden sich andauernde psychische Störungen mit aktuellem Krankheitswert, die von den Untersuchern als Folge der Hafterlebnisse angesehen wurden. Die Patienten (16 Frauen, 39 Männer; im Durchschnitt 36 Jahre alt) waren in der Zeit zwischen 1975 und 1989 zwischen 6 Wochen und 12 Jahren (im Mittel 20 Monate) inhaftiert gewesen. Sie berichteten über schikanöse Haftbedingungen mit Diskriminierungs- und Isolierungsversuchen, die in unterschiedlichem Maße belastend waren und häufig dem entsprachen, was in der Literatur auch als psychologische Folter bezeichnet wird (ALLODI, 1991; PRIEBE und BAUER, im Druck). Es wurden insgesamt 17 verschiedene Diagnosen gestellt, wobei depressive Erkrankungen (24 Patienten), PTSD (12) und andere Angsterkrankungen (17) überwogen. Bei den meisten Patienten fand sich ein charakteristisches psychopathologisches Syndrom mit ängstlich-depressiven Symptomen und vegetativen Beschwerden, dessen diagnostische Zuordnung jedoch häufig schwierig und unbefriedigend war. Die psychischen Störungen bei politischen Häftlingen aus der DDR lassen sich mit den in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen posttraumatischen Syndromen vergleichen, wobei die *Ausprägung der Symptomatik in der Regel nicht so stark* ist, wie sie zum Beispiel bei Überlebenden von Konzentrationslagern beschrieben wurde (EITINGER, 1980; MOLLICA et al., 1987). Etwa 28% dieser Patienten sahen selbst keinen oder nur einen geringen Zusammenhang zwischen den jetzigen Beschwerden und den früheren Hafterlebnissen, obwohl dieser für die Untersucher offensichtlich war. Etwa 20% berichteten, daß die Hafterlebnisse – trotz der darauf zurückzuführenden und immer noch anhaltenden psychischen Beschwerden – auch oder sogar vorrangig einen positiven Einfluß auf ihr weiteres Leben gehabt hätten, da sie z. B. dadurch in der Persönlichkeit gereift seien. Während empirisch begründete Aussagen über die Symptomatik von Störungen nach politischer Haft in der DDR und auch über manche Sichtweisen der Betroffenen möglich sind, läßt sich zur Zeit nichts darüber aussagen, wie häufig solche Beschwerden bezogen auf die Gesamtzahl

Tab. 2

Diagnostische Kriterien der Andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung nach ICD-10 (verkürzt)
Beispiele einer Extrembelastung: KZ-Haft, Folter, Naturkatastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen.
Persönlichkeitsänderung mit dem Versuch einer fremdanamnestischen Bestätigung;
Andauernd unflexibles und unangepaßtes Verhalten;
Beeinträchtigung sozialer, beruflicher Beziehungen;
Sozialer Rückzug;
Feindliche oder mißtrauische Haltung der Welt gegenüber;
Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit;
chronisches Gefühl der Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein;
Entfremdung;
Symptomatik besteht mindestens 2 Jahre; zuvor keine Persönlichkeitsstörung;
PTSD-Syndrom muß nicht obligat vorausgehen.

der ehemals politisch Inhaftierten sind. Hierfür wären repräsentative Untersuchungen an unselektierten Stichproben von ehemals Inhaftierten erforderlich. Solche Untersuchungen sind aber bisher nicht durchgeführt worden.

Gesetzliche Grundlagen für die Entschädigung psychischer Erkrankungen infolge politischer Inhaftierung in der DDR

Bereits vor der politischen Wende 1989 bestand durch das Häftlingshilfegesetz (HHG) die Möglichkeit, psychische Folgen nach Haft zu entschädigen. Die Frage der Entschädigung hat nun neue Aktualität dadurch gewonnen, daß das wahre Ausmaß der Unterdrückung und Verfolgung in der ehemaligen DDR und anhaltende seelische Belastungen der Betroffenen erst nach der deutschen Wiedervereinigung 1989 in vollem Umfang zu Tage traten. Als Reaktion darauf hat der Gesetzgeber vor kurzem die Voraussetzungen geschaffen, daß ehemals politisch Inhaftierte in der DDR Ansprüche auf Versorgungsleistungen haben, wenn sie unter fortlaufenden Gesundheitsschäden infolge der Haft leiden (BAUER und PRIEBE, 1995).

So erhält nach § 21 Abs. 1 des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG) ein Betroffener, der infolge der Freiheitsentziehung eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Schädigung auf Antrag Versorgung. Gemäß § 21 Abs. 5 genügt für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Freiheitsentziehung und der geltend gemachten Gesundheitsstörung.

Dies bedeutet, daß in den nächsten Jahren vermutlich mit einer großen Zahl von Begutachtungen zu rechnen ist, weil in jedem Einzelfall die Beschwerden durch eine Untersuchung festgestellt werden müssen und der ursächliche Zusammenhang mit der Inhaftierung beurteilt werden muß. Darunter werden einfache, aber auch schwierige Fälle sein, die den mit der speziellen Problematik nicht vertrauten Gutachter vor Probleme stellen können.

Leitlinien und Empfehlungen für die Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft

Welche Konsequenzen ergeben sich nun aus den bisherigen Forschungsergebnissen für die Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR und welche Empfehlungen lassen sich hierfür begründen? Im Folgenden sind einige Punkte aufgeführt, die als Grundlage einer Begutachtung herangezogen werden können, ohne eine praktische Anweisung für jeden Einzelfall darzustellen:

- Zunächst sollte detailliert exploriert werden, welche Hafterfahrungen der Betroffene gemacht hat. Zwar kann grundsätzlich nach allem, was wir heute über die politische Inhaftierung in der DDR wissen, davon ausgegangen werden, daß diese in der Regel ein ausreichend starkes Trauma darstellt, um zu psychischen Störungen führen zu können; das *Ausmaß der Belastungen hat* aber doch *sehr variiert*. So unterscheiden sich nicht nur die Dauer der Inhaftierung insgesamt und ggf. auch der Einzelhaft, sondern auch die objektiven Bedingungen in dieser Zeit, u. a. in Abhängigkeit von der Art des Gefängnisses und dem Zeitpunkt der Haft. Neben diesen objektiven Bedingungen ist zu prüfen, *wie* die Betroffenen diese subjektiv erlebt haben, welche Aspekte in welcher Weise bedrohlich waren, wie sie damals unmittelbar reagierten, und in welchem Maße sie sich hilflos ausgesetzt fühlten oder doch von Hoffnung gestützt waren. Gerade die Exploration subjektiv belastender Momente kann jedoch sehr schwierig sein, weil einige Patienten bei der Schilderung ihrer Erlebnisse besonders starke oder auffallend geringe emotionale Reaktionen zeigen, was zum Teil Ausdruck der anhaltenden psychischen Folgestörung ist.
- Obwohl die Korrelation zwischen der objektiv feststellbaren Schwere eines Traumas und der Ausprägung einer nachfolgenden psychischen Störung *relativ gering* sind, sollten Dauer und Schweregrad des Traumas berücksichtigt werden. Unsere Erfahrung hat gezeigt, daß es eine grundsätzliche Tendenz gibt, daß *länger andauernde und stärkere Belastungen* mit einer *größeren Auftretenshäufigkeit psychischer Folgestörungen bzw. mit ausgeprägteren und länger anhaltenden Störungen* verbunden sind. Bis zu einem gewissen Grad können aber auch schwerwiegende traumatische Erlebnisse bei einigen Menschen ohne psychische Folgeschäden bleiben, während bei anderen Personen auch relativ geringe Belastungen mit anhaltenden Folgeschäden verbunden sein können. Diese Unterschiede im Auftreten und im Verlauf posttraumatischer Störungen sind nach dem derzeitigen Erkenntnisstand kaum durch vor der Belastung bestehende Persönlichkeitsmerkmale des Betroffenen erklärbar.
- Festzustellen ist dann die zeitliche Verbindung zwischen der Hafterfahrung und dem Auftreten bzw. Verlauf der Symptomatik. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich die Störungen sowohl bereits während der Haft als auch nach der Entlassung oder erst später durch Exposition mit spezifischen Stimuli, die an das Trauma erinnern, entwickeln können. Heute kann als hinreichend belegt gelten, daß psychische Folgeschäden nach traumatischen Erlebnissen auch nach einer längeren und ggf. sogar teilweise oder vollständig symptomfreien *Latenzzeit*, die im Einzelfall bis zu Jahrzehnte beträgt, auftreten können. Für eine Aussage darüber, wie häufig solche Verläufe sind, gibt es wiederum keine empirische Grundlage, lediglich ihr grundsätzliches Vorkommen ist gesichert. Es sollte jedoch davon ausgegangen werden, daß sich für ein Auftreten oder eine deutliche Verschlimmerung nach einer Latenzzeit auslösende Bedingungen finden lassen. Hierfür von Bedeutung ist vielfach der Wegfall einer bisherigen Kompensationsmöglichkeit wie bei der Berentung oder beim Tod des Lebenspartners, oder wenn die Person einer Situation oder Ereignissen ausgesetzt ist, die in besonderer Weise an die frühere Hafterfahrung erinnern oder dieser ähneln. Eine solche Exposition kann auch bei sonst unveränderter Lebenssituation die bis dahin ausreichenden Kompensationsmöglichkeiten überfordern und zu einer ausgeprägten und eventuell auch anhaltenden posttraumatischen Störung führen. Der Erkenntnis, daß sich posttraumatische Störungen mit einer zeitlichen Latenz zum Trauma ausbilden können, wurde im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) in der Weise Rechnung getragen, daß eine Zusatzkodierung bei ei-

nem verzögerten Einsetzen der Symptomatik nach mehr als 6 Monaten erfolgen kann. Falls sich zeigt, daß der Beginn der Beschwerden vor der Haft lag, muß geprüft werden, ob sich die Symptome im Zusammenhang mit Schädigungsfaktoren verstärkt haben.

– Gerade die Frage, ob es beim Antragsteller bereits vor der Haft psychische Auffälligkeiten gab, kann im Einzelfall schwierig sein und gegebenenfalls fremdanamnestische Erhebungen erforderlich machen. Lassen sich Hinweise für vor dem Trauma bestehende psychische Auffälligkeiten finden, so ist dies kein Grund, die Annahme von Schädigungsfolgen zu verneinen. Es muß geprüft werden, ob sich diese Beschwerden während oder nach der Haft verstärkt haben oder ob sich dazu eine qualitativ vollkommen neue Symptomatik entwikkelt hat. Wenn bereits vor der Haft psychische Symptome mit Krankheitswert bestanden haben und diese während oder nach der Haft verstärkt in Erscheinung getreten sind, kommt die Annahme einer schädigungsbedingten Verschlimmerung in Betracht. In den Fällen, in denen sich die aktuellen psychischen Befunde qualitativ von den vorbestehenden Beschwerden unterscheiden, sind sie als „hervorgerufen" zu beurteilen. Gleiches gilt, wenn vor der Haft keinerlei psychische Symptome von Krankheitswert vorhanden waren und die Haft wesentliche Bedingung für die aktuelle Symptomatik ist.

– Auch wenn – wie schon gesagt wurde – die PTSD nicht die einzige und vielleicht nicht einmal die häufigste psychische Störung infolge politischer Haft in der DDR darstellt, so kommen einige ihrer Symptome doch bei den meisten Betroffenen in mehr oder minder ausgeprägter Form vor. Der Gutachter sollte deshalb gezielt nach den typischen und zum Teil sehr spezifischen Symptomen für die posttraumatische Belastungsstörung fragen, wie sie sowohl im DSM-IV als auch in der ICD-10 vorgegeben sind. Zu diesem Zweck hat sich der PTSD-Fragebogen nach WATSON et al. (1991) bewährt, der die einzelnen Symptome der diagnostischen Kategorien in Form eines strukturierten Interviews erfragt. Gerade die PTSD-Kriterien B (ständiges Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses) und C (Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen) sind recht spezifisch und weisen auf einen ätiologischen Zusammenhang mit den früheren belastenden Erfahrungen hin. Neben den Kriterien B und C ist das Kriterium D zu prüfen, das die (weniger spezifischen) Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus beschreibt. Im DSM-IV werden Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und übertriebene Schreckreaktionen aufgeführt.

– Unabhängig von der genauen Art der gegenwärtig anhaltenden oder wiederkehrenden Beschwerden ist zu analysieren, durch welche Situationen die Symptomatik zur Zeit in Erscheinung tritt oder verstärkt wird. Ein deutlicher Hinweis für den posttraumatischen Charakter einer Störung ist dann gegeben, wenn diese Situationen in spezifischem inhaltlichen Zusammenhang mit den damaligen Belastungssituationen stehen, z. B. wenn sich Angstsymptome beim Anschauen von Fernsehsendungen über die ehemalige DDR oder – etwas weniger spezifisch – bei einer Konfrontation mit autoritär auftretenden Behörden oder beim Anblick von Uniformen verstärken.

– Zu fragen ist nicht nur nach den Symptomen einer PTSD, sondern auch einer *andauernden Persönlichkeitsveränderung* nach Extrembelastung, wie sie im ICD-10 definiert wird. Dies ist besonders dann von großer Bedeutung, wenn es sich um lang andauernde Störungen handelt. Als Merkmale sind im ICD-10 eine feindliche oder mißtrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdung aufgeführt. Diese Kriterien sind weniger eindeutig operationalisiert als die Kriterien für PTSD und überschneiden sich mit diesen zum Teil. Ist eines oder sind mehrere Kriterien davon erfüllt, ist dies ein Hinweis dafür, daß das frühere traumatische Erleben zu anhaltenden psychischen Folgestörungen geführt hat, auch wenn die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung selbst nicht gestellt wird.

– Ein Zusammenhang zwischen der Inhaftierung und der Entwicklung einer psychischen Störung kann auch dann bestehen, wenn er vom Antragsteller nicht oder nur begrenzt gesehen wird. Vergleichbare Erfahrungen haben die Gutachter bei vielen Holocaust-Überlebenden gemacht (EITINGER, 1980; PETERS, 1989). Nach unseren Erkenntnissen ist auch das Fernbleiben oder das Abbrechen ärztlicher Behandlungen kein Befund, der dem Antragsteller in irgendeiner Weise nachteilig ausgelegt werden kann. Es sei daran erinnert, daß sozialer Rückzug und die Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten oder neue aufzubauen (darunter fallen auch Beziehungen zum Arzt), typische PTSD-Symptome sind.

– Schließlich sei angemerkt, daß es nach den bisher vorliegenden empirischen Untersuchungen *keine* Belege dafür gibt, daß die politische Inhaftierung in der DDR zu *Psychosen* oder *Abhängigkeitserkrankungen* geführt hat. Kritisch sei hier jedoch auf die relativ geringe Fallzahl unserer Untersuchung hingewiesen, denn es ist in der Literatur sehr wohl beschrieben, daß sogenannte „Haftpsychosen" während einer Inhaftierung bei bislang nicht Erkrankten auftreten können. Bei Kriegsveteranen aus Vietnam mit chronischen PTSD-Syndromen kam es häufig zur Entwicklung von sekundären Drogen- und Alkoholabhängigkeiten (ANDREASEN, 1988). Wir vermuten deshalb, daß beim Vorliegen einer Psychose oder einer Abhängigkeitserkrankung ein Zusammenhang im Einzelfall bestehen kann, ohne daß die bisherige Forschung hierfür systematische empirische Befunde geliefert hat. Ungeklärt ist zur Zeit, ob während der Haft in Einzelfällen Drogen verabreicht wurden, die auch andauernde bzw. wiederkehrende psychotische Erkrankungen induzieren könnten. Trotz verschiedener Verdachtsmomente aufgrund glaubhafter Einzelfallberichte in dieser Richtung liegt unseres Wissens zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein eindeutiger Beleg hierfür vor.

Schlußbemerkung

Der psychiatrische Gutachter wird sich in den kommenden Jahren vermutlich häufiger mit der Frage befassen müssen, ob ein Antragsteller eine psychische Schädigung infolge der Freiheitsentziehung in der DDR erlitten hat. Er wird dabei mit unterschiedlichen Fällen und Sichtweisen der Betroffenen konfrontiert werden. Die Geschichte der KZ-Begutachtungen hat gezeigt, daß viele der Betroffenen durch inadäquate Gutachten gleichsam doppeltes Unrecht erlitten. Die dargestellten Leitlinien für die Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR können zukünftig vielleicht modifiziert und präzisiert werden, wenn sich die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Forschung verbessert haben. Bis da-

hin ist zu hoffen, daß zumindest die jetzigen wissenschaftlich fundierbaren Grundlagen bei den Begutachtungen berücksichtigt werden.

Literatur

[1] ALLODI, F. A.: Assessment and treatment of torture victims: A critical review. Journal of Nervous and Mental Disease 179, 4–11 (1991)

[2] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed) (DSM-III). APA, Washington, DC (1980)

[3] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) (DSM-IV). APA, Washington, DC (1994)

[4] ANDREASEN, N. C.: Posttraumatische Belastungsreaktion. In: FREEDMAN, A. M., H. I. KAPLAN; B. J. SADOCK, U. H. PETERS, (Hrsg.) Psychiatrie in Praxis und Klinik. Band 3 Neurosen. Georg Thieme, Stuttgart, New York, 326–339 (1988)

[5] BAUER, M., S. PRIEBE, B. HÄRING, K. ADAMCZAK: Long-term mental sequelae of political imprisonment in East-Germany. Journal of Nervous and Mental Disease 181, 257-262 (1993)

[6] BAUER, M., S. PRIEBE: Zur Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR. Nervenarzt 66, 388–396 (1995)

[7] BAEYER, W. von, H. HÄFNER, K. P. KISKER: Psychiatrie der Verfolgten. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg-New York (1964)

[8] DRESSING, H., M. BERGER: Posttraumatische Streßerkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzeptes. Nervenarzt 62, 16–26 (1991)

[9] EITINGER, L. The concentration camp syndrome and its late sequelae. In: DIMSDALE, J. E. (Hrsg.) Survivors, victims, and perpetrators. Essays on the Nazi Holocaust. Hemisphere Publishing Corporation, Washington-New York-London 127–162 (1980)

[10] ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto (1991)

[11] MATUSSEK, P.: Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Springer, Berlin-Heidelberg-New York (1971)

[12] MOLLICA, R. F., G. WYSHAK, J. LAVELLE: The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refuges. American Journal of Psychiatry 144, 1567–1572 (1987)

[13] PETERS, U. H.: Die psychischen Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 57, 169–191 (1989)

[14] PETERS, U. H.: Über das STASI-Verfolgten-Syndrom. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 59, 251–265 (1991)

[15] PRIEBE, S., H. RUDOLF, M. BAUER, B. HÄRING: Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 61, 55–61 (1993)

[16] PRIEBE, S., M. BAUER: The A-criterion of PTSD and psychological torture. Am J. Psychiatry (im Druck)

[17] WATSON, D. G., M. P. JUBA, V. MANITOLD, T. KUCALA, P. E. D. ANDERSON: The PTSD interview: Rationale, description. Reliability and concurrent validity of a DSM-III-based technique. Journal of Clinical Psychology 47, 179–188 (1991)

Für die Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. *Stefan Priebe*
Abteilung für Sozialpsychiatrie
der FU Berlin
Platanenallee 19
14050 Berlin

Aus der Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Leiter: Prof. Dr. *K. Foerster*) der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Neue Grundsätze für die Begutachtung psychischer Traumen

Von *K. Foerster*

Zusammenfassung

Der derzeitige Kenntnisstand über die Entwicklung psychopathologischer Syndrome nach traumatischen äußeren Ereignissen wird vor dem Hintergrund der aktuellen internationalen Klassifikationssysteme dargestellt. Empfehlungen für die Durchführung der Begutachtung unter Berücksichtigung der Variablen Persönlichkeit, Trauma, subjektive Verarbeitung und psychosoziales Umfeld werden gemacht.

Einleitung

Die Begutachtung psychischer Folgen nach traumatischen äußeren Ereignissen ist häufig schwierig. Diese Beurteilung rührt nicht selten an prinzipielle Überlegungen zur Kausalität zwischen traumatischen äußeren Ereignissen und funktionellen psychischen Störungen. Für die Feststellung eines Kausalzusammenhanges zwischen einer funktionellen psychischen Störung und einem traumatischen äußeren Ereignis sind zwei Voraussetzungen prinzipiell erforderlich:

– Die subjektive Erlebnisweise des von einem traumatischen äußeren Ereignis Betroffenen mit seinen Folgen und den hieraus resultierenden Reaktionen und Entwicklungen müssen geklärt werden, wobei